

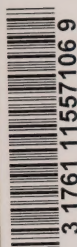
The NACA Position


on home care

No. 20



CA1
HW722
-2000
A20





Digitized by the Internet Archive
in 2022 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761115571069>

The NACA Position on Home Care



**This position was unanimously
adopted by NACA members
on March 30, 2000
following their 58th Council meeting**

NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING

Information on this report may be obtained from:

National Advisory Council on Aging
Address Locator : 1908 A1
OTTAWA, Ontario
K1A 1B4

Tel: (613) 957-1968
Fax: (613) 957-9938
E-mail: seniors@hc-sc.gc.ca
Internet: <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines>



This publication is also available in alternate formats on request. It can be consulted and downloaded at website: <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines>.

Patricia Raymaker
Chairperson

Nancy Garrard
Director
Division of Aging and Seniors

Health Canada's Division of Aging and Seniors provides operational support to the National Advisory Council on Aging.

THE NACA POSITION ON... is a series of policy papers presenting NACA's opinions and recommendations on the needs and concerns of seniors and issues related to the aging of the population. Position papers are available at the website address above.

1st printing, 2000

©Minister of Public Works and Government Services Canada 2000
Cat. No.: H71-2/2-20-2000
ISBN: 0-662-64929-X

What is the National Advisory Council on Aging?

The National Advisory Council on Aging (NACA) was created by Order-in-Council on May 1, 1980 to assist and advise the Minister of Health on issues related to the aging of the Canadian population and the quality of life of seniors. NACA reviews the needs and problems of seniors and recommends remedial action, liaises with other groups interested in aging, encourages public discussion and publishes and disseminates information on aging.

The Council has a maximum of 18 members from all parts of Canada. Members are appointed by Order-in-Council for two- or three-year terms and are selected for their expertise and interest in aging. They bring to Council a variety of experiences, concerns and skills.

Members of the National Advisory Council on Aging (March 2000)

Chairperson

Patricia Raymaker

Calgary, Alberta

Members

Bubs Coleman

Saskatoon, Saskatchewan

Mary Cooley

Halifax, Nova Scotia

Jean Claude Duclos

Montréal, Quebec

Michael Gordon

Toronto, Ontario

Don E.T. Holloway

Marystown, Newfoundland

Eileen Malone

Fredericton, New Brunswick

Gérald Poulin

Orléans, Ontario

Ruth Schiller

Osoyoos, British Columbia

Yvette Sentenne

Montréal, Quebec

Anne Skuba

Winnipeg, Manitoba

Joyce Thompson

Charlottetown, Prince Edward Island

NACA Beliefs

NACA believes that:

- Canada must guarantee the same rights and privileges to all its citizens, regardless of their age.
- Seniors have the right to be autonomous while benefiting from interdependence and the right to make their own decisions even if it means “living at risk”.
- Seniors must be involved in the development of policies and programs and these policies and programs must take into account their individuality and cultural diversity.
- Seniors must be assured in all regions of Canada of adequate income protection, universal access to health care, and the availability of a range of programs and services that support their autonomy.

The NACA Position in Brief

It was eighteen years ago that the National Advisory Council on Aging (NACA) first recommended that “support services be made available in every community to support and encourage the network of family and friends by providing home health care, home-maker help, handyman services and counselling” (in *Priorities in Action*, 1981).

Over the years, other position papers, *The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors* (1990), *The NACA Position on Informal Caregiving* (1990), *The NACA Position on Community Services in Health Care: Progress and Challenges* (1996), and *The NACA Position on the Privatization of Health Care* (1997) continued to stress the importance of organizing and funding this particular aspect of health care in view of the aging of the Canadian population. These recommendations remain highly relevant today as the need to coordinate and implement home care programs becomes increasingly urgent.

In making home care the subject of its 20th Position Paper, on the 20th Anniversary of the Council’s creation, NACA wishes to emphasize and reiterate the importance of making further progress in this area if Canada is to meet the challenges of demographic change.

In preparing this position paper, NACA examined the research, conference proceedings, briefs and recommendations of many other voluntary, academic, care delivery and seniors’ organizations. It has come to the conclusion that while some progress has been made on the road to universal home care, the subject needs to remain at the forefront of discussions on how to revitalize the health care system. Governments must take action without delay.

1. *With respect to the integration of home care into the public health care system, NACA reiterates the recommendation, made in its Position on the Privatization of Health Care (1997), that:*

Home care be considered an integral part of publicly funded health services.

2. *With respect to the need to meet existing demand in home care and to plan immediately for the future, NACA recommends that:*

Provincial governments, with the support and collaboration of the federal government, assess and adequately meet current home care needs and plan to respond to future needs.

3. *With respect to regional disparities in means and demographic trends, NACA recommends that:*

Canada Health and Social Transfer (CHST) funding recognize the demographic differences in current and future demand for home care services amongst provinces.

4. *With respect to the need to ensure a similar level of home care in all provinces while allowing provinces the flexibility to integrate home care in the best way possible, NACA recommends that:*

Federal, provincial and territorial governments collaborate to develop a set of national home care objectives.

5. *Considering the inequities engendered by open-market health services and the research indicating that publicly-funded home care results in considerable savings in public facility care, NACA recommends that:*

Public administration with a single payer be one of the objectives of a national home care system.

6. *To facilitate the mobility of seniors contemplating relocation, NACA recommends that:*

Portability of home care services be one of the objectives of a national home care system.

7. *In response to the demand by Canadians that governments report on the performance of the health care system, NACA recommends that:*

Government accountability to Canadians be one of the objectives of a national home care system.

Reports on the Canadian health care system include measurements of home care expenditures, services and outcomes against a set of national home care objectives.

8. *Given that there is not yet strong enough evidence to determine the best method for delivering home care services, NACA recommends that:*

Federal and provincial governments continue to investigate the most effective and efficient delivery mechanisms for home care services.

9. *With respect to the human resource issues in home care, particularly the need for standards in training and in wage levels to reflect the responsibilities of home care workers, NACA recommends that:*

Provincial governments adopt a set of nationally comparable standards for the training and compensation of professional home care workers.

10. *With respect to the leadership responsibility of the federal government vis-à-vis other jurisdictions and other employers to demonstrate its commitment to home care, NACA recommends that:*

The federal government act as a role model by providing a comprehensive set of home care services to Canadians for whom it has primary health care responsibility, e.g. Aboriginal people and veterans.

11. *To support home care policy development and integration on a national basis, NACA recommends that:*

A section with a special emphasis on home care be maintained within Health Canada to ensure a strong federal presence in home care policy development.

12. *To support informal caregivers, and given that drop-out provisions already exist in the Canada Pension Plan (CPP) to reduce the disadvantages to people who have left the workforce temporarily to care for their young children, NACA recommends that:*

CPP drop-out provisions be extended to cover informal caregivers who have left the workforce temporarily to care for ailing family members.

13. *With respect to the health and burn-out risks to caregivers carrying out the dual societal roles of work and caregiving and the increase in health care costs if services provided by these informal caregivers are provided by professionals, NACA recommends that:*

The federal government explore extending Employment Insurance coverage to workers who leave work temporarily to provide informal care.

14. *Considering that the federal government is one of Canada's largest employers and that it can act as a role model, NACA further recommends that:*

The federal government act as a model employer by incorporating a comprehensive and flexible set of provisions for adult caregiving in labour agreements with its employees.

15. *Given the variety of possible approaches to the delivery of home care and the increasingly complex array of technology services that could allow seniors to remain in their own homes, NACA recommends that:*

The federal government devote additional funding to enhance research on the effectiveness and efficiency of different home care delivery models.

The federal government fund research into new technologies, techniques and programs that can enhance and support home care.

The NACA Position on Home Care

INTRODUCTION

Since its creation in 1980, the National Advisory Council on Aging (NACA) has recognized the need for a full range of community-based health care services, and in particular home care, to meet the needs of an aging population. To ensure that these services are available, NACA has repeatedly recommended that community-based services be recognized as an integral part of the Canadian health care system. Home care prevents and delays institutionalization and promotes the social integration of seniors. It responds to the changing health needs of older Canadians in a flexible, holistic manner and provides support to their informal caregivers. Real progress must be made toward the development of a national system of home care to ensure that Canada is ready to meet the challenges of an aging population.

Many other organizations, including the voluntary sector and seniors' groups, health care provider organizations and academics, have recently conducted research, held conferences and submitted briefs and recommendations to improve home care in Canada. In this paper, NACA emphasizes key recommendations from its own previous research and those from other groups. The Council will provide additional advice and recommendations where warranted.

1. SYNOPSIS OF PREVIOUS RECOMMENDATIONS

Council first recommended home care services over 18 years ago in *Priorities for Action* (1981). The Council recommended that “support services be made available in every community to support and encourage the network of family and friends by providing home health care, home-maker help, handyman services and counselling.”

The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors (1990) was developed to guide the expansion of community-based services that had been recommended in many provincial reviews of health policy in the late 1980s. NACA strongly recommended that community-based services be recognized as an integral part of the health care system. In the same year, Council looked at the important role that informal caregivers played in *The NACA Position on Informal Caregiving* (1990).

Four years later, the Council assessed the development of community-based services across Canada, identifying impediments and gaps. The findings were published in *The NACA Position on Community Services in Health Care: Progress and Challenges* (1996). NACA was pleased to note the consistency of government policy directions and the development of certain key elements of a community-based service network. The Council, however, voiced concern that resources were not being reallocated from other sectors to expand and strengthen community-based services adequately. Council issued a strong caution that growth in the community-based health sector was not keeping pace with cut-backs in the institutional health sector. Council foresaw and forewarned governments about an over reliance on the informal sector that was already heavily burdened. Unfortunately, as will be seen in this paper’s section on unmet needs, this warning was not adequately heeded.

NACA’s positions have been echoed by the National Forum on Health in 1997. Later that year, in its *Position on the Privatization of Health Care* (1997), NACA endorsed the recommendation of the Forum that home care be integrated into the public health care system. This recommendation remains highly relevant today and is fundamental to the development of a national home care system.

NACA reiterates the recommendation that:

Home care be considered an integral part of publicly funded health services.

2. UNMET NEEDS

While the recent growth of home care services and public support for the expansion of home care services are encouraging, it is clear that supply is not meeting current demand. Researchers have found disturbing trends in unmet demand for home care services. In the Summer 1998 issue of *Health Reports*, the National Population Health Survey was examined to evaluate the utilization rates of home care services by people needing help with activities of daily living (ADL) or instrumental activities of daily living (IADL).¹ It was found that while many received home care, a substantial proportion of people with these needs still did not receive formal home care. More than half of those (136,000) who reported needing assistance with personal care (washing themselves, dressing or eating) received no formal home care. For people with IADL needs (such as preparing meals, shopping, and doing housework), the percentages not receiving home care were even greater. Some of these needs were probably being met by private home care services or by family members, but clearly, formal home care was not received by many who needed help with fairly basic functions. These findings are consistent with a recent study in Saskatchewan of hospital patients discharged to their homes. Sixty percent of those who were assessed in hospital as requiring home care did not go on to receive formal services.²

Unmet needs for home care services by seniors with ADL and IADL limitations have also been found in other recent studies. In *Vieillir dans la communauté : Santé et autonomie*, Béland et al. clearly found that there are deficiencies in the provision of services to frail seniors and that the gap between need and provision increases with the severity of disablement.³

In March 1999, the *Toronto Globe and Mail* ran a series of articles, “Behind Closed Doors”, looking at the stark reality of home care in Canada.⁴ These articles portrayed the deficiencies in the current system and showed that the need for enhanced home care is becoming more and more relevant to all Canadians. In the second article in this series,

Conscripted by Love, André Picard suggests that there is every indication that the generation that is inheriting the informal caregiving burden is not ready to shoulder the load. A study by the Heart and Stroke Foundation found that “baby boomers are poorly equipped to cope with the burden of caring for parents incapacitated by stroke” and presumably other ailments. Two-thirds of survey respondents said that they would be unable to adjust their hours of work, almost the same number said that they would find it hard to cope with a person in need of care moving into their homes and as many again said that caregiving would be a financial burden. However, demographic realities make it inevitable that a large segment of “baby boomers” will find themselves with caregiving responsibilities as their senior parents advance in years.

Knowledge without action is ineffective. The unmet need for home care services is clear: it is now time for governments to act to meet the existing needs. Just as importantly, governments must immediately begin to plan to meet the burgeoning demand for home care services that Canada can anticipate in the coming decades.

NACA recommends that:

Provincial governments, with the support and collaboration of the federal government, assess and adequately meet current home care needs and plan to respond to future needs.

There are notable regional disparities in the delivery of health care. These disparities are particularly noticeable in home care. While provinces generally have the necessary funding to provide some specific home care services, in particular those medical in nature, rich provinces are able to offer a fuller range of extended health care services while the poorer “have not” provinces are challenged to provide the most basic set of extended health care services.

This is particularly distressing since these “have not” provinces are faced with a demographic outflow of their younger populace and will be faced with a population that is aging more quickly than the rest of the country. For example, in 1998, Newfoundland had a net interprovincial out-migration of over 11,434 people which was only partially offset by a small influx of international immigrants. The vast majority (over 91%) of these people leaving Newfoundland were under the age of 40.⁵ By 2040, Atlantic Canada will have over 30% of its population over the age of 65 in comparison with less than 25% of

the population of the rest of Canada being over the age of 65 in the same time period. These demographic changes will have an impact on the long term need for home care and the availability of fiscal resources to support it.

NACA recommends that:

Canada Health and Social Transfer (CHST) funding recognize the demographic differences in current and future demand for home care services amongst provinces.

3. A NATIONAL HOME CARE SYSTEM

There is widespread support for the development of a national home care system. A 1998 poll conducted by the Canada Health Monitor indicated that 84% of respondents were in favour of a national home care program.⁶ While some progress has been made, it has been disjointed and uneven. NACA has considered the current situation and offers some suggestions to advance the home care agenda.

3.1 COMMON HOME CARE OBJECTIVES

It is important to recognize that differences in health care delivery among provinces may complicate efficient implementation of major new national health initiatives like a home care system. Provinces and the federal government generally agree about the overall objectives of home care but differ in opinions as to the method of delivery and scope of services offered. The recent agreement on a Social Union Framework represents a clear commitment of provincial, territorial and federal governments to work together to meet the needs of Canadians. This commitment has important implications for the continued development of home care in Canada.

While home care services are specifically mentioned as part of the Extended Health Care Services section of the *Canada Health Act*, it is unlikely that it will be possible to develop a national home care system with national objectives that precisely define the home care delivery, given the distinct nature of the different provincial health care systems, their populations and their available resources.

NACA proposes a compromise that recognizes common goals while allowing provinces flexibility to integrate home care more fully into their own health care systems. National home care objectives would lay out a set of common goals that each province and the federal government would recognize as meeting the home care needs of Canadians. These objectives would also help ensure that seniors could expect to receive a similar set of services throughout the country.

NACA recommends that:

Federal, provincial and territorial governments collaborate to develop a set of national home care objectives.

3.1.1 Public Administration with a Single Payer

The privately funded proportion of health expenditures in Canada is second highest among the G7 countries, increasing from 24% to 31% between 1975 and 1997. Much of this increase has been driven by greater private financing for pharmaceuticals and community-based services. These figures contrast sharply with the current OECD countries' average of 23% private financing, many of which have more comprehensive home care systems (e.g. Sweden). This overall trend to greater private sector health care funding parallels the federal government's declining share of public expenditures, from 42% (1978) and 38% (1988) to a low of 29% in 1998.⁷

There is a growing concern that in an open market, for-profit approach to the delivery of home care services, private sector companies will concentrate their services on more profitable care, leaving more difficult and unprofitable aspects of care, such as low-volume rural health care, to the resource-strained public or non-profit sector.

Currently, there are many sources of payment to home care agencies for services rendered. Provincial and municipal governments, insurance companies, home care recipients and their family members may all contribute to paying for services for a single individual. This needlessly increases administrative overhead with little benefit accruing to the care recipient.

There is a question as to the best mechanism for ensuring the best quality home care service for the best price. Recent studies have demonstrated that the single payer format used for the provision of publicly insured health care services in Canada offers certain advantages. With all of the services being purchased from a single source, the balance of power rests with the single buyer. This allows for a more effective negotiation of service levels and prices and also reduces administrative overhead as suppliers do not have to track multiple payment sources.

At the same time, recent preliminary evidence shows that the overall health care costs to government for clients in home care are about one half to three quarters of the costs for clients in facility care.⁸ These findings suggest that enhancing home care systems can contribute to cost savings for the Canadian health care system in many instances.

NACA recommends that:

Public administration with a single payer be one of the objectives of a national home care system.

3.1.2 Portability of Home Care Services

The current lack of a national home care system or consistent coverage of home care services from province to province represents a barrier to the mobility of seniors in Canada. Seniors who contemplate relocation from one province to another province often face drastic changes to the types of support services to which they are entitled. One of the strengths of the *Canada Health Act* is the assurance that Canadians can expect to receive similar access to hospital care regardless of the province in which they live.

NACA recommends that:

Portability of home care services be one of the objectives of a national home care system.

3.1.3 Improving Accountability

There is an increasing demand by Canadians that governments report on the performance of the health care system. If home care is to be recognized as an integral part of the health care system, then governments must be held accountable for performance in this area as well. Provincial expenditures, services and outcomes on home care should be reported as part of the accountability framework. Such a framework should report progress of provinces against the national objectives on home care. This would allow evaluation of the cost-effectiveness of different home care delivery methods.

NACA recommends that:

Government accountability to Canadians be one of the objectives of a national home care system.

Reports on the Canadian health care system include measurements of home care expenditures, services and outcomes against a set of national home care objectives.

3.2 DELIVERY OF HOME CARE SERVICES

Home care is delivered by public, private not-for-profit and private for-profit agencies in Canada. The proportion of private versus public services varies by province. There is a trend toward more contracting with private agencies to deliver services in an effort to decrease overhead and administration costs. However, the administrative complexity of using private agencies to deliver assessed home care needs is further confused by the ability of clients and their families to buy additional services from the same agency.⁹ This complexity requires more resources to be devoted to accounting and other non-health services, detracting from the resources available to provide care. In short, while provincial governments may save some money by using private services, their savings may only be the result of costs transferred to individuals and their families.

There is not yet strong enough evidence to determine the best method for delivering home care services. There is a need for further research to determine if there is a clear advantage to centralizing or decentralizing delivery of home care services.

NACA recommends that:

Federal and provincial governments continue to investigate the most effective and efficient delivery mechanisms for home care services.

3.3 HUMAN RESOURCE ISSUES IN HOME CARE

While informal caregivers provide the bulk of home care in Canada, we must not forget the challenges faced by the thousands of professional home care workers in Canada, i.e. workers who provide home care services as their principal occupation. These workers provide care to some of our most vulnerable citizens with very low levels of compensation compared to the importance of the services that they provide.

As home care has evolved to meet a wider range of chronic and acute care needs, more specialized and complex home care services are developing. While these services can reduce the costs associated with hospitalization and contribute to a client's well-being, a number of training issues arise. These new directions raise questions about the need for more highly skilled home care workers and whether it is sufficient for training to be provided on-the-job or whether it is more appropriately done as part of a formal training program.¹⁰

The home support aspect of home care has evolved beyond simply housekeeping to encompass many personal care services, some of which border on providing medical care. Training and standards must be put in place to reflect the new responsibilities of the home care workers, e.g. proper disposal of medical wastes. However, new, heightened responsibility must be accompanied by a societal commitment to ensure that wages increase. Yet currently, para-professionals in home care are described as a poorly paid, highly transient workforce with limited training. In particular, home support workers have lower wages and fewer benefits in comparison to positions with similar duties in nursing homes and hospitals.¹¹

NACA recommends that:

Provincial governments adopt a set of nationally comparable standards for the training and compensation of professional home care workers.

3.4 LEADERSHIP ROLE OF THE FEDERAL GOVERNMENT

The federal government has a responsibility to act as a role model for other jurisdictions and other employers. This is an opportunity to use moral suasion as another method for advancing home care. The federal government can demonstrate its commitment to home care by implementing the recommendations regarding home care from NACA, the National Forum on Health and other concerned organizations in areas over which it has authority.

The Veterans Independence Program, which provides a comprehensive set of care services to Canadian veterans, is an example where the federal government through Veterans Affairs Canada has acted to meet the full range of health care needs of some of its direct dependents. Though the 1999 federal budget has increased the funding for home care services for Aboriginal seniors, these services still lag behind those offered to Canadian veterans.

NACA recommends that:

The federal government act as a role model by providing a comprehensive set of home care services to Canadians for whom it has primary health care responsibility, e.g. Aboriginal people and veterans.

It is reassuring that the federal government has demonstrated its commitment to home care through the establishment of a special section within Health Canada that is considering home care and related issues. This section ensures that the federal government has adequate internal capacity for the ongoing development of home care policy. Its program of research and investigation has included developing a profile of home care in Canada and identifying gaps in home care services. It has also conducted international comparisons and undertaken research on issues such as quality care, human resources, costing models, and the use of information technologies.

NACA recommends that:

A section with a special emphasis on home care be maintained within Health Canada to ensure a strong federal presence in home care policy development.

4. SUPPORT FOR CAREGIVERS

Informal caregivers (family and friends) are the backbone of home care. Even if a national home care system is developed, informal caregivers will still play a very large role in ensuring that seniors receive the care that they need at home. It is therefore very important to consider the support of informal caregivers as a part of a national home care system.

According to the 1996 General Social Survey, there were 2.8 million Canadians who provided informal care to someone with a long term health problem or disability. Most informal caregivers are between 25 and 64 years of age, the majority being women over 45. A large number of seniors themselves are also caregivers (13.9% of people aged 60-74).¹² The rigours of caregiving can have a detrimental impact on the health of caregivers. Older people under stress because of caring for their ailing spouses were 63% more likely to die than their non-caregiving counterparts during the period of a four-year study conducted by American researchers.¹³ Research has also indicated that caregiving responsibilities may interfere with caregivers' social and recreational activities or affect the quality of their relationships with others.¹⁴

The 1996 General Social Survey found that 44% of caregivers reported incurring extra expenses as a direct result of their caregiving responsibilities. Fifteen percent of women and 16% of men caregivers reported that financial compensation for their unpaid work would help them continue. This finding suggests that there is a group of caregivers whose duties are taking an economic toll on their families.¹⁵ The recent introduction of the caregiver tax credit is an encouraging sign of the federal government's awareness of the important role played by informal caregivers. However, a limit of \$400 is inadequate to compensate informal caregivers for the time and resources that they provide. There is a need for further financial support for Canada's informal caregivers.

4.1 CANADA PENSION PLAN DROP-OUT PERIOD

Currently, there are provisions in the Canada Pension Plan (CPP) to allow people who have left the workforce temporarily to care for their children to drop these periods of little or no income from the calculation of Canada Pension Plan benefits. These CPP drop-out provisions should be extended to support informal caregivers who have left the workforce to care for ailing relatives. NACA and other organizations have previously made this recommendation but its importance and relevance still holds true today.¹⁶

NACA reiterates the recommendation that:

CPP drop-out provisions be extended to cover informal caregivers who have left the workforce temporarily to care for ailing family members.

4.2 CAREGIVING LEAVE

The 1996 General Social Survey (GSS) estimates that 62% of caregivers are in the workforce.¹⁷ Half of employed caregivers (55% of women and 45% of men) stated that their caregiving duties affected work, citing instances of coming to work late or leaving early or having to miss at least one day of work. Twenty-one percent of caregivers reported that their own health has been negatively affected.¹⁸ There is a need for some program to alleviate the financial burden of these work disruptions, particularly for parents who may have already left the workforce earlier to care for their children.

The Employment Insurance system covers temporary disruptions of an individual's participation in the workforce. In many instances, providing care to an ailing relative requires a person to leave the workforce for a brief period of time. By providing employment insurance benefits in these instances, the federal government can ease the financial burden of informal caregiving. While this plan would increase the overall cost of the Employment Insurance system, this option would prove beneficial to Canadian employers as well. The Canadian health care system offers a competitive advantage for Canadian corporations. However, this advantage is muted if workers are distracted by worries about the care of their parents, grandparents or other aging family members. This option is gaining acceptance and was briefly mentioned in *CARP's Report on Home Care in Canada 1999*.

The *Final Report of the VON Canada Caregiver Symposium*¹⁹ also recommended the establishment of a national employment insurance system for family caregivers.

Preliminary calculations of the potential cost of extending Employment Insurance benefits to include caregiving is about \$670 million per year.²⁰ This initiative would complement a publicly funded home care system. The cost of extending EI benefits would be offset by a reduction in the cost of services provided by formal professional caregivers. These services have been estimated to cost an average of \$30- \$60 per day. Extending the same assumptions to calculate the total benefits suggests that \$820 million of services would be provided by informal caregivers on EI.²¹ These total savings do not include the positive health benefits accrued by reducing caregiver burnout and/or health problems. But above and beyond the savings, this solution recognizes the dual societal role of working caregivers, contributing to the workforce while at the same time supporting the social fabric.

Obviously, this recommendation will need further investigation of costs, program requirements, and eligibility requirements but it offers an opportunity to recognize the real and substantial contribution of informal caregivers while lessening the burden on the formal health care system.

NACA recommends that:

The federal government explore extending Employment Insurance coverage to workers who leave work temporarily to provide informal care.

The federal government is also one of Canada's largest employers. As such, it has a role to play in ensuring that progressive caregiving provisions are offered to its employees in labour agreements. These agreements act as important precedents and may serve as model programs for similar initiatives in the private sector.

NACA recommends that:

The federal government act as a model employer by incorporating in labour agreements a comprehensive and flexible set of provisions that allows its employees to provide caregiving to adults.

5. ENHANCING RESEARCH AND DEVELOPMENT

There are a number of different approaches to delivering home care. The federal government has an important role to play in funding research on the effectiveness and efficiency of different models of home care. While the Health Transition Fund supports a number of studies that directly or indirectly relate to the development of knowledge about home care, sufficient long term funding must be committed to maintain knowledge development. The \$50 million funding committed in the 2000 federal budget over three years is insufficient to support adequately the development of new innovations in rural and community care. Funding for this program must be continued over the long term to ensure that Canada is prepared to meet the home care challenges presented by an aging population.

There are a host of alternative service delivery options that must be carefully evaluated. Tele-home care, self-managed home care and new assistive technologies all warrant further investigation via pilot projects. The results of these projects must then be widely disseminated so that service delivery providers are aware of the most current available methods and practices. New medical and information technologies are constantly emerging that increase the number of seniors who may be able to be cared for in their own homes, rather than in hospital environments where certain services were exclusively delivered. These advances are allowing complex services such as chemotherapy, dialysis, pain management and intravenous therapy to be delivered to seniors remaining in their own homes.

At the same time, the home environment presents a different set of challenges requiring greater flexibility from both formal and informal caregivers. Specialized equipment for bathing a person with mobility impairments is generally available in large medical institutions whereas it is impractical for such a device to be installed in the family home. Disposal of medical waste is a routine part of the operation of a large health institution yet disposal can present a challenge for the informal or formal home care worker.

NACA recommends that:

The federal government devote additional funding to enhance research on the effectiveness and efficiency of different home care delivery models.

The federal government fund research into new technologies, techniques and programs that can enhance and support home care.

CONCLUSION

While some progress has been made on the road to universal home care, it is important to maintain the momentum to ensure that this initiative is not diverted. Given the relative lack of direct attention paid to home services in the 1999 and 2000 federal budgets, it is imperative that home care be kept at the forefront of discussions on how to revitalize the health care system.

Today's and tomorrow's needs in home care are evident. Canada must adopt a range of flexible, cost-efficient home care services that meet the diverse physical, emotional and social needs of seniors and their caregivers. Most Canadians recognize the importance of these services and support their continued development. It is time for governments to act.

NOTES

1. Wilkins, Kathryn, and Evelyn Park, "Home Care in Canada", *Health Reports*, Summer 1998, Vol. 10, No.1.
2. Saskatchewan Health Services Utilization Research Commission, *Hospital and Home Care Study, Summary Report No. 10*, Saskatoon: 1998.
3. Béland, François, et al., *Vieillir dans la communauté : Santé et autonomie*, NHRDP Report No. 6605-4570-602, 1998.
4. Picard, André, "Behind Closed Doors", *Globe and Mail*, March 1999.
5. Statistics Canada, *CANSIM Time Series Data - Matrix 6304 - Interprovincial Migration by Sex, Newfoundland*, Ottawa: 1990.
6. Queen's Health Policy Research Unit, *Putting a Face on Home Care - CARP's Report on Home Care in Canada 1999*. Study conducted for CARP. Toronto: Canadian Association of Retired Persons, 1999.
7. Letter from former Members of National Forum on Health to Minister Allan Rock. December 1998. (Health Canada WWW site).
Note: The 1999 Federal Budget injected a large amount of ongoing funding into the health care system. This has undoubtedly begun to reverse this trend.
8. Hollander, Marcus, *Substudy 1: Comparative Cost Analysis of Home Care and Residential Care Savings. Preliminary Findings*, Victoria: November 1999.
9. Keefe, Janice, and Pamela Fancey, *Home Care in Canada: An Analysis of Emerging Human Resource Issues*, Halifax: Mount Saint Vincent University, Dept. of Gerontology, 1998.
10. Keefe and Fancey, *idem*.
11. Keefe and Fancey, *idem*.
12. Keating, Norah, et al., *Eldercare in Canada: Context, content and consequences*, Ottawa: Statistics Canada, November 1999.
13. Schulz, Richard, and Scott R. Beach, "Caregiving as a Risk Factor for Mortality - The Caregiver Health Effects Study", *Journal of the American Medical Association*, December 1999.
14. Keating et al., *op. cit.*
15. Cranswick, Kelly, "Canada's Caregivers", *Canadian Social Trends*, Winter 1997.

16. National Advisory Council on Aging, *The NACA Brief on Reform of the Canada Pension Plan*. Ottawa: 1996.
17. Wilkins and Park, *op. cit.*
18. Cranswick, *op. cit.*
19. Mellor, Ruth, *VON Canada Caregiver Symposium: Final Report*, Ottawa: 1998.
20. Calculation of estimated cost of EI for caregivers is based on

Number of Caregivers - 2.8 millions
% of Caregivers in Workforce - 62%
% of Caregivers in Workforce likely to take EI - 15% (based on 20% reporting financial problems)

Maximum number of Weeks of leave - 10
Average EI benefit in 1998 - \$257
Total - \$670 Million

21. Calculation of services that would be provided by EI caregivers

Number of Caregivers - 2.8 millions
% of Caregivers in Workforce - 62%
% of Caregivers in Workforce likely to take EI - 15% (based on 20% reporting financial problems and 10% other who may also take caregiver leave)

Maximum number of Weeks of leave - 10
Maximum benefit - \$45/day * 7 days = \$315
Total- \$820 Million

14. Keating et coll., *op. cit.*

15. Cranswick, Kelly, « Les fournisseurs de soins au Canada », *Tendances sociales canadiennes*, hiver 1997.

16. Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Mémoire du CCNTA sur la réforme du Régime de pensions du Canada*, Ottawa : 1996.

17. Wilkins et Park, *op. cit.*

18. Cranswick, *op. cit.*

19. Mellor, Ruth, *VON Canada Caregiver Symposium: Final Report*, Ottawa : 1998.

20. L'estimation du coût de l'assurance-emploi pour les aidants naturels est fondée sur le calcul suivant :

Nombre de soignants : 2,8 millions
Proportion des soignants sur le marché du travail : 62 %
Proportion de soignants sur le marché du travail susceptibles de recevoir de l'assurance-emploi : 15 % (compte tenu que 20 % déclarent avoir des problèmes financiers)

Nombre maximum de semaines de congé : 10
Prestation moyenne en 1998 : 257 \$
Total : 670 millions de dollars

21. L'estimation de la valeur des soins fournis par des soignants qui toucheraient de l'assurance-emploi est fondée sur le calcul suivant :

Nombre de soignants : 2,8 millions
Proportion de soignants sur le marché du travail : 62 %
Proportion de soignants sur le marché du travail susceptibles de recevoir de l'assurance-emploi : 15 % (compte tenu que 20 % déclarent avoir des problèmes financiers et qu'une autre proportion de 10 % pourrait prendre un congé pour donner des soins)
Nombre maximum de semaines de congé : 10
Prestation maximale : 45 \$/par jour X 7 jours = 315 \$
Total : 820 millions de dollars

NOTES

1. Wilkins, Kathryn, et Evelyn Park, « Les soins à domicile au Canada », *Rapports sur la santé*, été 1998, vol. 10, n° 1.
2. Saskatchewan Health Services Utilization and Research Commission, *Hospital and Home Care Study. Summary Report No. 10*, Saskatoon : 1998.
3. Bélard, François, et coll., *Vieillir dans la communauté : santé et autonomie*, Rapport PNRDS N° 6605-4570-602, 1998.
4. Picard, André, « Behind Closed Doors », *Globe and Mail*, mars 1999.
5. Statistique Canada, *Base des séries chronologiques CANSIM — Matrice 6304 — Migration interprovinciale par sexe, Terre-Neuve, Ottawa : 1990.*
6. Queen's Health Policy Research Unit, *Donner un visage aux soins à domicile — Rapport sur les soins à domicile au Canada de l'Association du Canada pour les 50 ans et plus (CARP)*, Toronto : l'Association, 1999.
7. Lettre adressée au ministre Allan Rock par d'anciens membres du Forum national sur la santé, décembre 1998 (site Web de Santé Canada).
Nota : Le budget fédéral 1999 a injecté une importante quantité de fonds permanents dans le système de soins de santé, ce qui représente, indubitablement, un début de renversement de cette tendance.
8. Hollander, Marcus, *Substudy 1 : Comparative Cost Analysis of Home Care and Residential Care Savings, Observations préliminaires*, Victoria : novembre 1999.
9. Keefe, Janice, et Pamela Fancey, *Home Care in Canada: An Analysis of Emerging Human Resource Issues*, Halifax : Mount St. Vincent University, Department of Gerontology, 1998.
10. Keefe et Fancey, *idem*.
11. Keefe et Fancey, *idem*.
12. Keating, Norah, et coll., *Soins aux personnes âgées au Canada: contexte, contenu et conséquences*, Ottawa : Statistique Canada, 1999.
13. Schulz, Richard, et Scott R. Beach, « Caregiving as a Risk Factor for Mortality - The Caregiver Health Effects Study » *Journal of the American Medical Association*, décembre 1999.

CONCLUSION

Certains progrès ont été réalisés dans l'accès universel aux soins à domicile, mais il importe de maintenir la même cadence pour assurer la poursuite de cette initiative. Compte tenu de l'absence relative d'attention directe accordée aux services à domicile dans le budget fédéral de 1999 et dans celui de 2000, il est critique de maintenir cette question à l'ordre du jour des discussions sur la revitalisation du système de soins de santé.

Le Canada doit adopter un éventail de services de soins à domicile souples et rentables pour répondre aux divers besoins physiques, affectifs et sociaux des aînés et de leurs soignants. La plupart des Canadiens et des Canadiennes reconnaissent l'importance des services de soins à domicile et appuient leur développement continu. Les gouvernements doivent reconnaître la nécessité des soins à domicile et passer à l'action sans tarder.

Le CCNTA recommande ce qui suit :

Que le gouvernement fédéral consacre des fonds additionnels pour intensifier la recherche sur l'efficacité et l'efficience de différents modèles de prestation des soins à domicile.

Que le gouvernement fédéral finance la recherche sur de nouvelles technologies et techniques et de nouveaux programmes permettant d'améliorer et d'appuyer les soins à domicile.

Il existe tout un éventail d'options pour la prestation des services, et elles doivent être soigneusement évaluées. Les soins à domicile à distance, les soins à domicile auto-gérés et les nouvelles technologies d'aide sont autant d'éléments qui devraient faire l'objet d'une recherche plus approfondie par l'entremise de projets pilotes. Les résultats de ces projets doivent ensuite être largement diffusés pour que les personnes chargées de la prestation des services soient sensibilisées aux méthodes et pratiques les plus récentes. De nouvelles technologies médicales et informatiques voient constamment le jour et feront augmenter le nombre de personnes âgées qui pourront recevoir des soins à domicile qui n'étaient jusque là offerts qu'en milieu hospitalier. Ces progrès technologiques permettent la prestation de services complexes (p. ex., la chimiothérapie, la dialyse, la maîtrise de la douleur et les traitements intraveineux) à domicile aux personnes âgées.

En même temps, le fait que les soins soient offerts à domicile présentera d'autres défis qui exigeront une plus grande souplesse de la part des soignants du réseau officiel et des aidants naturels. Par exemple, l'équipement spécialisé permettant de donner un bain à une personne à mobilité réduite est généralement accessible dans les grands établissements médicaux alors qu'il n'est pas pratique d'installer un appareil de ce genre au domicile du malade; l'élimination des déchets médicaux est une activité routinière dans un grand établissement de santé, mais elle peut présenter des difficultés pour l'aidant naturel ou le personnel des soins à domicile.

Il peut y avoir diverses façons d'organiser la prestation des soins à domicile. Le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans le financement de la recherche sur l'efficacité et l'efficience des divers modèles de prestation de ces soins. Même si le Fonds pour l'adaptation des services de santé appuie actuellement un certain nombre d'études reliées directement ou indirectement à l'acquisition de connaissances au sujet des soins à domicile, il est impératif d'engager à long terme des fonds suffisants pour poursuivre le développement des connaissances. Les fonds de 50 millions de dollars engagés à cet égard dans le budget fédéral 2000 sur une période de trois ans ne sont pas suffisants pour financer adéquatement le développement d'innovations dans les soins communautaires et les soins en milieu rural. Le financement de ce programme doit se poursuivre à long terme pour que le Canada soit en mesure de relever les défis que pose le vieillissement de sa population.

5. AMÉLIORATION DE LA RECHERCHE ET DU DÉVELOPPEMENT

Que le gouvernement fédéral agisse comme un employeur modèle en intégrant dans ses conventions collectives avec les fonctionnaires un ensemble souple et complet de dispositions leur permettant de s'absenter pour prendre soin de personnes adultes.

Le CCNTA recommande ce qui suit :

Le gouvernement fédéral est aussi l'un des plus importants employeurs du Canada. À ce titre, il doit veiller à ce que des dispositions progressistes en matière de soins de santé soient intégrées aux conventions collectives de ses employés. Ces conventions représentent d'importants précédents dont peut s'inspirer le secteur privé au moment d'établir des initiatives semblables.

Que le gouvernement fédéral étudie la possibilité d'étendre le versement de prestations de l'assurance-emploi aux travailleurs qui doivent s'absenter temporairement du marché du travail pour prodiguer des soins informels.

Le CCNTA recommande ce qui suit :

Le régime d'assurance-emploi couvre l'interruption temporaire de la participation d'une personne au marché du travail. Dans bien des cas, le fait d'avoir à prendre soin d'un parent malade oblige à s'absenter du marché du travail pendant une brève période. En prévoyant le versement de prestations d'assurance-emploi dans ce cas, le gouvernement fédéral pourrait alléger le fardeau financier imposé aux aidants naturels. Un tel programme ferait augmenter le coût global de l'assurance-emploi, mais il serait également avantageux pour les employeurs canadiens. Cependant, cet avantage disparaît si les travailleurs sont distraits par des inquiétudes au sujet des soins qu'ils doivent fournir à leurs parents, grands-parents ou d'autres membres vieillissants de leur famille. Cette idée trouve de plus en plus d'adeptes et a été brièvement mentionnée dans le *Rapport sur les soins à domicile au Canada* de l'Association du Canada pour les 50 ans et plus (CARP). Le rapport final du *VON Canada Caregiver Symptom*¹⁹ recommandait aussi la mise sur pied d'un système national d'assurance-emploi pour les personnes qui doivent donner des soins aux membres de leur famille.

Selon un calcul préliminaire, le coût d'une extension du régime d'assurance-emploi pour y inclure les aidants naturels serait de l'ordre de 670 millions de dollars par année²⁰. Cette initiative servirait de complément à un régime de soins à domicile financé par l'État. Les coûts liés à l'extension du régime d'assurance-emploi aux aidants seraient compensés par une réduction du coût des services fournis par les soignants professionnels. On a estimé que ces services coûtent en moyenne de 30 à 60 dollars par jour. Si l'on applique les mêmes hypothèses au calcul des avantages totaux, on peut estimer que les aidants naturels qui toucheraient des prestations d'assurance-emploi fourniraient des services d'une valeur de 820 millions de dollars²¹. Ces économies totales ne comprennent pas les avantages sur le plan de la santé découlant d'une réduction des cas d'épuisement professionnel ou des troubles de santé des aidants naturels. Mais au-delà des simples économies, cette solution reconnaît le double rôle de ces aidants dans notre société, à savoir celui de participant au marché du travail et de facteur de maintien du tissu social.

Cette recommandation nécessite, évidemment, un examen plus approfondi des coûts, des exigences en matière de programme et des critères d'admissibilité, mais elle offre la possibilité de reconnaître la contribution réelle et substantielle des aidants naturels et de réduire la charge imposée au système de soins de santé formel.

gouvernement fédéral attache au rôle important de ces personnes. Cependant, une limite de 400 dollars est insuffisante, compte tenu des heures et des ressources consacrées à cette responsabilité. Il y aurait lieu d'accorder une aide financière plus importante aux aidants naturels du Canada.

4.1 RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA ET PÉRIODE D'ABSENCE DU MARCHÉ DU TRAVAIL

À l'heure actuelle, le Régime de pensions du Canada (RPC) permet aux personnes qui quittent temporairement le marché du travail pour prendre soin de leurs enfants de retrancher cette période de faible revenu ou de revenu nul du calcul des prestations du Régime. Ces dispositions du RPC devraient être étendues aux aidants naturels qui s'absentent du marché du travail pour prendre soin d'un parent malade. Le CCNTA et d'autres organisations avaient déjà présenté cette recommandation, et elle conserve aujourd'hui toute son importance et sa pertinence¹⁶.

Le CCNTA réitère ce qui suit :

Que le champ d'application des dispositions du RPC relatives à la période d'absence du marché du travail soit étendu afin d'inclure les aidants naturels qui s'absentent temporairement du marché du travail pour soigner un membre malade de leur famille.

4.2. CONGÉ POUR DONNER DES SOINS

L'Enquête sociale générale de 1996 évalue à 62 % la proportion d'aidants naturels qui participent au marché du travail¹⁷. La moitié de ces personnes (55 % des femmes et 45 % des hommes) ont déclaré que leur rôle de soignant avait des répercussions négatives sur leur travail, les obligeant parfois à s'y présenter en retard ou à quitter tôt, ou encore à s'absenter durant au moins une journée. Vingt et un pour cent des aidants naturels ont déclaré que leur propre santé en souffrait¹⁸. Il serait donc opportun d'instituer un programme pour alléger le fardeau financier causé par ces absences, particulièrement pour le cas des parents qui ont déjà dû quitter le marché du travail pour prendre soin de leurs jeunes enfants.

Le CCNTA recommande ce qui suit :

Qu'une section mettant particulièrement l'accent sur les soins à domicile soit maintenue au sein de Santé Canada afin de garantir une forte présence fédérale dans l'élaboration de la politique relative aux soins à domicile.

4. MESURES DE SOUTIEN À L'INTENTION DES AIDANTS NATURELS

Les aidants naturels sont le pivot des soins à domicile. Même si un régime national de soins à domicile est mis sur pied, ils continueront de jouer un rôle très important en veillant à ce que les aînés reçoivent les soins dont ils ont besoin à leur domicile. Il est donc primordial qu'un régime national de soins à domicile prévoie des mesures de soutien à leur intention.

Selon l'Enquête sociale générale réalisée en 1996, il y avait 2,8 millions de Canadiens et de Canadiennes qui prenaient soin d'une personne ayant un problème de santé chronique ou une incapacité. La plupart de ces soignants sont âgés de 25 à 64 ans, la majorité étant des femmes de plus de 45 ans. Les aînés eux-mêmes sont souvent appelés à donner des soins, 13,9 % des personnes âgées de 60 à 74 ans agissant comme aidants naturels¹². Les exigences de l'aide informelle peuvent aussi avoir des effets préjudiciables sur la santé des soignants. Au cours des quatre ans qu'a duré une étude effectuée par des chercheurs américains, les aînés soumis au stress des soins à dispenser à leur conjoint malade se sont avérés 63 % plus susceptibles de mourir que les personnes du même âge non assujetties à une telle obligation¹³. La recherche montre également que les responsabilités liées à l'aide informelle peuvent nuire aux activités sociales et récréatives des donneurs de soins ainsi qu'à la qualité de leurs relations interpersonnelles¹⁴.

Dans l'Enquête sociale générale de 1996, 44 % des aidants naturels ont déclaré que leur rôle les obligeait à des débours supplémentaires. Quinze pour cent des femmes et 16 % des hommes ont affirmé qu'une compensation financière pour leur travail non rémunéré les aiderait à continuer. Cette constatation donne à penser qu'il y a un groupe d'aidants naturels dont le rôle constitue un fardeau économique pour la famille¹⁵. L'introduction récente d'un crédit d'impôt pour les aidants naturels est un signe encourageant de la valeur que le

Le gouvernement fédéral a la responsabilité de servir de modèle pour les autres administrations et les autres employeurs. La possibilité d'utiliser de persuasion morale s'offre à lui pour faire progresser les soins à domicile. Il peut en effet démontrer son engagement à l'égard des soins à domicile en mettant en oeuvre les recommandations sur les soins à domicile formulées par le CCNTA, le Forum national sur la santé et les autres organisations intéressées, dans les secteurs relevant de sa compétence.

Le Programme pour l'autonomie des anciens combattants, qui offre aux anciens combattants du Canada un ensemble complet de services de santé, est un exemple de secteur où le gouvernement fédéral, par l'entremise des Anciens Combattants, a entrepris de répondre à l'éventail complet des besoins en soins de santé de certaines personnes dont il a directement la charge. Bien que le budget fédéral de 1999 ait prévu une augmentation des fonds pour les services de soins à domicile destinés aux aînés autochtones, ces services ne sont toujours pas équivalents à ceux offerts aux anciens combattants du Canada.

Le CCNTA recommande ce qui suit :

Que le gouvernement fédéral donne l'exemple en offrant un ensemble complet de services de soins à domicile aux Canadiens et aux Canadiennes qui reçoivent de lui la plupart des soins de santé, comme c'est le cas des Autochtones et des anciens combattants.

Il est rassurant de voir que le gouvernement fédéral a manifesté son engagement envers les soins à domicile en établissant une unité spéciale à Santé Canada chargée d'examiner les soins à domicile et les questions qui s'y rattachent. Cette unité voit à ce que le gouvernement fédéral ait des ressources internes suffisantes pour poursuivre l'élaboration de la politique sur les soins à domicile. Son programme de recherche et d'enquête prévoit l'établissement d'un profil des services de soins à domicile au Canada et l'identification des lacunes dans ces services. L'unité a aussi procédé à des comparaisons avec d'autres pays et entrepris des recherches sur des questions comme la qualité des soins, les ressources humaines, des modèles de prévision des coûts et l'utilisation de la technologie de l'information.

Même si les aidants naturels fournissent la plupart des soins à domicile au Canada, nous ne devons pas oublier les défis auxquels font face des milliers de travailleurs dont la principale occupation est de prodiguer des services de soins à domicile. Ces personnes prennent soin de nos concitoyens parmi les plus vulnérables et elles sont très peu rémunérées, compte tenu de l'importance des services qu'elles assurent.

À mesure qu'évolue le domaine des soins à domicile pour répondre à un éventail plus large de besoins en soins chroniques et aigus, les services offerts deviennent de plus en plus spécialisés et complexes. Bien que ces services puissent réduire les coûts associés à l'hospitalisation et contribuer au bien-être d'un bénéficiaire, leur prestation soulève de nombreuses questions sur les besoins d'une formation plus spécialisée pour le personnel de soins à domicile. Il faut aussi se demander s'il sera suffisant d'offrir cette formation en milieu de travail, ou s'il ne conviendrait pas plutôt d'établir un programme de formation officiel¹⁰.

L'aspect « service de soutien » des soins à domicile a beaucoup évolué : il ne consiste plus simplement en travaux ménagers, mais englobe de nombreux services d'hygiène personnelle, dont certains sont presque l'équivalent de soins médicaux. Il faut donc adopter des programmes de formation et établir des normes qui reflètent les nouvelles responsabilités du personnel des soins à domicile. Cependant, cette responsabilité nouvelle, renforcée, doit s'accompagner d'un engagement social en faveur d'une amélioration de la rémunération. Or, aujourd'hui, on décrit les para-professionnels des soins à domicile comme des travailleurs mal rémunérés, qui forment une main-d'œuvre précaire et peu formée. Le personnel de soutien à domicile touche, en effet, un salaire et des avantages sociaux inférieurs à ceux versés aux personnes accomplissant des fonctions similaires dans les établissements de soins prolongés et les hôpitaux¹¹.

Le CCNTA recommande ce qui suit :

Que les gouvernements provinciaux adoptent un ensemble de normes comparables à l'échelle nationale pour la formation et la rémunération des professionnels des soins à domicile.

Le CCNTA recommande ce qui suit :

Que l'obligation des gouvernements de rendre compte aux Canadiens et aux Canadiennes fasse partie des objectifs d'un régime national de soins à domicile.

Que les comptes rendus concernant le régime canadien de soins à domicile fassent état de l'évaluation des dépenses, des services et des résultats au chapitre des soins à domicile, en fonction d'un ensemble d'objectifs nationaux.

3.2 PRESTATION DES SERVICES DE SOINS À DOMICILE

Au Canada, les soins à domicile sont fournis par le secteur public ainsi que par des organismes privés avec ou sans but lucratif. La proportion des services offerts par le secteur privé et le secteur public varie selon la province. Afin de réduire les coûts généraux et d'administration, on a tendance à confier de plus en plus la prestation des services en sous-traitance à des agences. Cependant, la complexité administrative du recours à des agences privées pour dispenser ces soins est aggravée par la possibilité pour les clients et leur famille d'acheter des services complémentaires du même organisme⁹. Cette complexité exige que l'on affecte davantage de ressources à la comptabilité et à d'autres services accessoires, au détriment des budgets réservés aux soins. En résumé, si les gouvernements provinciaux peuvent économiser un peu d'argent en ayant recours à des services privés, ces économies ne peuvent être le résultat que d'un transfert des coûts aux particuliers et à leur famille.

On ne dispose pas encore de données suffisamment probantes pour déterminer la meilleure façon d'offrir des services de soins à domicile. Des études plus approfondies doivent être effectuées pour déterminer si on peut retirer un avantage clair d'une prestation centralisée ou décentralisée des services de soins à domicile.

Le CCNTA recommande ce qui suit :

Que les gouvernements fédéral et provinciaux continuent leurs recherches afin de déterminer les mécanismes les plus efficaces et les plus efficaces de prestation des services de soins à domicile.

Les Canadiens et les Canadiennes exigent de plus en plus que leurs gouvernements leur rendent des comptes sur la performance du système de soins de santé. Si les soins à domicile doivent être reconnus comme faisant partie intégrante de ce système, les gouvernements devront donc également être tenus responsables du rendement dans ce domaine. Les dépenses, les services et les résultats des provinces au chapitre des soins à domicile devraient faire l'objet de comptes rendus. Ces comptes rendus devraient faire état des progrès réalisés par les provinces au regard des objectifs nationaux en matière de soins à domicile, de façon à permettre l'évaluation de la rentabilité des diverses méthodes de prestation.

3.1.3 Renforcement de l'obligation de rendre compte

Que la transférabilité des services de soins à domicile soit l'un des objectifs d'un régime national de soins à domicile.

Le CCNTA recommande ce qui suit :

L'absence actuelle d'un régime national de soins à domicile ou le fait que la couverture de soins à domicile ne soit pas uniforme d'une province à l'autre constitue un obstacle à la mobilité des personnes âgées. Les aînés qui envisagent de se réinstaller dans une autre province doivent souvent composer avec des variations très importantes dans les types de services de soutien auxquels ils sont admissibles. L'un des points forts de la *Loi canadienne sur la santé* est l'assurance qu'ont les Canadiennes et les Canadiens de recevoir des soins hospitaliers comparables, quelle que soit la province où ils demeurent.

3.1.2 Transférabilité des services de soins à domicile

Que la gestion publique avec payeur unique soit l'un des objectifs d'un régime national de soins à domicile.

Le CCNTA recommande ce qui suit :

dépenses de santé assumées par le secteur privé, laquelle est passée de 24 % à 31 % entre 1975 et 1997. Cette augmentation est due principalement à un financement privé plus important du coût des produits pharmaceutiques et des services communautaires. Ces chiffres contrastent nettement avec la moyenne actuelle de 23 % affichée par les pays de l'OCDE, dont bon nombre ont des programmes de soins à domicile plus élaborés (p. ex., la Suède). Cette tendance générale vers un financement plus important des soins de santé par le secteur privé se produit parallèlement à la réduction de la part des dépenses publiques assumées par le gouvernement fédéral, qui est passée de 42 % (en 1978) à 38 % (en 1988), pour atteindre le bas de 29 % en 1998⁷.

La possibilité que, dans un marché ouvert, l'appât du gain dans la prestation des services à domicile n'amène les entreprises du secteur privé à concentrer leurs services dans les soins plus rentables pour laisser les aspects plus difficiles et moins rentables, comme les soins de santé ruraux à faible volume, au secteur public ou au secteur sans but lucratif peu pourvu en ressources, soulève de plus en plus d'inquiétudes.

À l'heure actuelle, les organismes qui offrent des soins à domicile peuvent compter sur de nombreuses sources de paiement pour leurs services. Les services offerts à un particulier peuvent être payés à la fois par les administrations provinciales et municipales, les compagnies d'assurances, le bénéficiaire des soins et les membres de sa famille. Cela accroît inutilement les coûts d'administration et représente peu d'avantages pour le bénéficiaire.

Il y a lieu de se demander quel mécanisme convient le mieux pour assurer des services de soins à domicile de première qualité, au meilleur prix possible. Des études récentes révèlent que la formule du payeur unique utilisée pour la prestation des services de santé au Canada offre certains avantages. Tous les services étant achetés à partir d'une source unique, l'acheteur dispose de la balance des pouvoirs. Cela permet une meilleure négociation de la qualité et du prix des services et réduit les frais administratifs, car les fournisseurs n'ont pas à se soucier de multiples sources de paiement.

Parallèlement, des observations préliminaires récentes révèlent que le coût global encouru par le gouvernement pour des soins de santé à domicile est inférieur de 25 % à 50 % à celui des soins administrés en établissement⁸. Ces observations incitent à croire que l'amélioration des mécanismes de soins à domicile pourrait, dans de nombreux cas, faire réaliser des économies au système de services de santé canadien.

Il est important de reconnaître que les différences, entre provinces, dans la prestation des soins de santé pourraient compliquer la mise en oeuvre efficace de nouvelles initiatives nationales majeures dans le domaine de la santé, dont un régime de soins à domicile. Les provinces et le gouvernement fédéral sont généralement d'accord sur les objectifs globaux et à l'étendue des services à offrir. L'entente-cadre récente sur l'union sociale représente un engagement clair des gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral à travailler ensemble pour répondre aux besoins des Canadiens et des Canadiennes. Cet engagement a des conséquences importantes pour le développement continu des soins à domicile au Canada.

Bien que les soins à domicile soient expressément mentionnés dans la *Loi canadienne sur la santé*, dans la partie traitant des services complémentaires de santé, il est peu probable que l'on pourra établir un régime national de soins à domicile assorti d'objectifs nationaux précisant les soins à offrir, en raison de la spécificité des différents systèmes de soins provinciaux, de leurs populations et des ressources dont ils disposent.

Le CCNTA propose un compromis qui reconnaît des objectifs communs, tout en laissant aux provinces la possibilité d'intégrer plus en profondeur les soins à domicile à leur propre système de services de santé. À partir d'une série de grands objectifs nationaux en matière de soins à domicile, on établirait un ensemble de buts communs que le gouvernement fédéral et chaque province considérerait comme répondant aux besoins des Canadiens et Canadiennes. Ces objectifs aideraient également à faire en sorte que les aînés reçoivent des services comparables d'une province à l'autre.

Le CCNTA recommande ce qui suit :

Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent à la mise au point d'un ensemble d'objectifs nationaux en matière de soins à domicile.

3.1.1 Gestion publique avec payeur unique

Le Canada vient au second rang des pays du G-7 pour ce qui est de la proportion des

On observe des disparités régionales importantes dans la prestation des soins de santé. Ces disparités sont particulièrement apparentes dans la prestation des soins à domicile. S'il est vrai que les provinces disposent généralement des fonds nécessaires pour offrir certains services précis de soins à domicile, en particulier ceux de nature médicale, les provinces « riches » sont en mesure d'assurer un ensemble plus complet de services complémentaires de santé, alors que les provinces « pauvres » parviennent difficilement à offrir une gamme de services complémentaires de base.

La situation est d'autant plus inquiétante que ces provinces « pauvres » font face à un exode de leurs jeunes, d'où un vieillissement démographique plus rapide que dans le reste du pays. Par exemple, en 1998, Terre-Neuve enregistrait une émigration interprovinciale nette de plus de 11 434 personnes, compensée partiellement par un faible apport d'immigrants de l'étranger. La plupart (plus de 91 %) de ceux qui ont quitté Terre-Neuve avaient moins de 40 ans⁵. D'ici 2040, plus de 30 % de la population de la région de l'Atlantique aura plus de 65 ans, alors que ce pourcentage sera de moins de 25 % dans le reste du Canada. Ces changements démographiques auront des répercussions sur les besoins à long terme en soins à domicile et les ressources fiscales nécessaires pour les financer.

Le CCNTA recommande ce qui suit :

Que le financement du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux tienne compte des différences démographiques entre provinces dans la demande actuelle et future de services de soins à domicile.

3. UN RÉGIME NATIONAL DE SOINS À DOMICILE

La mise sur pied d'un régime national de soins à domicile bénéficierait d'un large appui. Dans une enquête effectuée en 1998 (Sondage santé Canada), 84 % des répondants se déclaraient favorables à un programme national de soins à domicile⁶. Bien que certains progrès aient été réalisés, ils ont été ponctuels et inégaux. Le CCNTA a examiné la situation actuelle et présente les suggestions qui suivent en espérant qu'elles feront avancer le dossier.

Que les gouvernements provinciaux, avec l'aide et la collaboration du gouvernement fédéral, évaluent les besoins actuels en matière de soins à domicile afin de pouvoir y répondre adéquatement et qu'ils prennent sans tarder des dispositions pour répondre aux besoins futurs.

Le CCNTA recommande ce qui suit :

D'autres études récentes montrent également que les besoins en soins à domicile d'âinés dans la communauté : santé et autonomie, Béland et coll. ont clairement démontré qu'il y avait des lacunes dans la prestation de services aux personnes âgées fragiles et que l'écart entre les besoins et les services s'accroissait de façon proportionnelle à la gravité de l'incapacité³. En mars 1999, le *Globe and Mail* de Toronto publiait une série d'articles, « Behind Closed Doors » (Derrière des portes closes), sur la dure réalité des soins à domicile au Canada⁴. Ces articles décrivaient les insuffisances du système actuel et montraient que l'amélioration des soins à domicile était de plus en plus urgente pour tous les Canadiens. Dans le deuxième article de cette série, *Conscripted by Love* (Les conscrits de l'amour), André Picard laisse entendre que la génération qui hérite de la responsabilité des soins infirmiers n'est pas préparée à assumer ce fardeau. Une étude réalisée par la Fondation des maladies du cœur du Canada révèle que « les baby boomers sont mal équipés pour s'acquitter du fardeau que représente la prise en charge de parents handicapés par un accident cérébro-vasculaire » et, probablement, par d'autres maladies. Les deux tiers des personnes sondées ont répondu qu'elles seraient incapables de modifier leur horaire de travail, autant ont répondu qu'elles trouveraient difficile de s'adapter à l'arrivée chez elles d'une personne ayant besoin de soins, et tout autant ont répondu que le fait de prendre soin d'un malade constituerait une charge financière. Cependant, compte tenu des réalités démographiques, une large proportion des « baby boomers » devront un jour donner des soins, à mesure que la génération de leurs parents avancera en âge.

Sans action, la connaissance est stérile. Il est clair que les besoins de soins à domicile ne sont pas comblés : il est donc temps que les gouvernements passent à l'action pour répondre à ces besoins. Les gouvernements doivent aussi, sans tarder, planifier leur réponse à l'accroissement de la demande qui surviendra au Canada au cours des prochaines décennies.

Cette recommandation demeure des plus pertinente. Elle est essentielle à la mise en place d'un réseau national de soins à domicile.

Le CCNTA réitère la recommandation suivante :

Que les soins à domicile fassent partie intégrante des services de santé financés par le secteur public.

2. BESOINS NON COMBLÉS

Bien qu'il soit encourageant de constater la croissance récente des services de soins à domicile et l'appui du public en faveur de leur expansion, il est clair que les services actuellement offerts ne sont pas à la hauteur de la demande. Les chercheurs ont observé certaines tendances troublantes à cet égard. Dans son numéro de l'été 1998, la revue *Rapports sur la santé* examinait le Sondage national sur la santé de la population afin d'évaluer le taux d'utilisation des services de soins à domicile par les personnes ayant besoin d'aide dans leurs activités quotidiennes (AVQ) ou leurs activités instrumentales quotidiennes (AIVQ)¹. Elle constatait que, même si bon nombre reçoivent des soins à domicile, une proportion importante de ces personnes ne reçoivent toujours pas de soins à domicile formels. En effet, plus de la moitié des personnes (136 000) qui ont répondu avoir besoin d'aide pour les soins d'hygiène personnelle (se laver, s'habiller ou s'alimenter) ne recevaient pas de soins à domicile formels. Chez ceux et celles ayant besoin d'aide dans les AIVQ (par exemple, pour la préparation des repas, les courses ou les travaux ménagers), le pourcentage des personnes qui ne reçoivent pas de soins à domicile est encore plus élevé. Une partie de ces besoins était probablement comblée par des services privés de soins à domicile ou par des membres de la famille, mais il était manifeste que bon nombre de personnes ayant besoin d'aide dans leurs activités élémentaires ne bénéficiaient pas de soins à domicile formels. Ces constatations rejoignent celles d'une étude effectuée récemment en Saskatchewan auprès de patients de retour chez eux après un séjour à l'hôpital. Soixante pour cent de ceux qui, selon l'établissement hospitalier, avaient besoin de soins à domicile, n'ont pas reçu de services formels ultérieurement².

Le Conseil a présenté des recommandations au sujet des soins à domicile pour la première fois il y a plus de 18 ans dans son document intitulé *Priorités d'action* (1981). Il y recommandait « que des services de soutien soient mis à la disposition de toutes les collectivités pour que les efforts de la famille et des proches soient appuyés et encouragés par l'entremise de soins de santé à domicile, d'aides familiales, de services de travailleurs sociaux et de conseillers. »

La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aînés, publiée en 1990, cherchait à guider l'expansion des services communautaires recommandés dans nombre d'examen des politiques de la santé réalisées par les provinces à la fin des années 1980. Le CCNTA y recommandait fortement que les services communautaires soient reconnus comme faisant partie intégrante du système de santé canadien. La même année, le Conseil examinait, dans son document *La position du CCNTA sur l'aide informelle* (1990), le rôle important joué par les aidants naturels.

Quatre ans plus tard, le Conseil évalua le développement des services communautaires partout au Canada et en identifiait les limites et les lacunes. Les résultats de cette évaluation ont été publiés en 1996 dans *La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aînés : progrès et défis*. Le CCNTA était heureux de

souligner la cohérence des orientations stratégiques gouvernementales et le développement de certains éléments clés d'un réseau de services communautaires. Toutefois, le Conseil disait craindre que l'on ne réaffecte pas suffisamment de ressources à partir d'autres secteurs pour permettre une expansion et un renforcement adéquats des services communautaires. Le Conseil faisait une sérieuse mise en garde, à savoir que la croissance du secteur des soins communautaires n'était pas proportionnelle au rythme des compressions budgétaires opérées dans le secteur des soins institutionnels. Il mettait en garde les gouvernements contre un excès de confiance dans le secteur informel, déjà lourdement chargé. Malheureusement, comme en fait état la partie du présent document sur les « besoins non comblés » (voir page suivante), on n'a pas suffisamment réagi à cette mise en garde.

Les positions du CCNTA ont trouvé un écho auprès du Forum national sur la santé en 1997. Au cours de cette même année, dans le document intitulé *La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé* (1997), le Conseil sanctionnait la recommandation du Forum concernant l'intégration des soins à domicile au système de soins de santé public.

La position du CCNTA sur les soins à domicile

INTRODUCTION

Depuis sa création en 1980, le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) reconnaît la nécessité qu'une gamme complète de services de santé communautaires, en particulier de soins à domicile, soit offerte pour répondre aux besoins d'une population vieillissante. Pour que ces services soient disponibles, le CCNTA a recommandé, à maintes reprises, que les services communautaires soient reconnus comme faisant partie intégrante du système de santé au Canada. Les soins à domicile préviennent et retardent le placement en établissement et favorisent l'intégration sociale des aînés. Ils permettent de répondre de manière souple et globale à l'évolution des besoins de santé chez les Canadiens et Canadiennes âgés et d'appuyer leurs aidants naturels (famille et proches). Des progrès réels doivent être faits pour mettre en place un régime national de soins à domicile si l'on veut que le Canada soit en mesure de relever les défis que pose le vieillissement de sa population.

De nombreuses autres organisations, notamment celles du secteur bénévole, des groupes d'aînés, des fournisseurs de soins et du secteur universitaire, ont effectué plusieurs recherches récemment, organisé des conférences et présenté des mémoires et des recommandations afin d'améliorer les soins à domicile au Canada. Dans le présent document, le CCNTA intègre les principales recommandations découlant de ses propres recherches antérieures à celles de ces autres groupes. Le Conseil présente également des avis et des recommandations supplémentaires là où la situation le justifie.

12. Dans le but d'offrir un appui aux aidants naturels et sachant qu'il existe déjà des dispositions du Régime de pensions du Canada (RPC) permettant de réduire les désavantages encourus par les contribuables ayant quitté le marché du travail temporairement pour s'occuper de leurs jeunes enfants, le CCNTA recommande :

Que le champ d'application des dispositions du RPC relatives à la période d'absence du marché du travail soit étendu afin d'inclure les aidants naturels qui s'absentent temporairement du marché du travail pour soigner un membre malade de leur famille.

13. Compte tenu des risques de maladie et d'épuisement encourus par les soignants naturels qui cumulent les rôles de soignant et de travailleur, et de l'augmentation du coût des soins de santé, qui seraient dispensés par des professionnels à leur place, le CCNTA recommande :

Que le gouvernement fédéral étudie la possibilité d'étendre le versement de prestations de l'assurance-emploi aux travailleurs qui doivent s'absenter temporairement du marché du travail pour prodiguer des soins informels.

14. Étant donné que le gouvernement fédéral est l'un des plus importants employeurs au Canada et qu'il peut servir de modèle, le CCNTA recommande :

Que le gouvernement fédéral agisse comme un employeur modèle en intégrant dans ses conventions collectives avec les fonctionnaires un ensemble souple et complet de dispositions leur permettant de s'absenter pour prendre soin de personnes adultes.

15. Étant donné la grande variété des approches possibles pour assurer la prestation des soins à domicile et la complexité croissante des technologies qui peuvent aider les aînés à demeurer dans leur domicile, le CCNTA recommande :

Que le gouvernement fédéral consacre des fonds additionnels pour intensifier la recherche sur l'efficacité et l'efficience de différents modèles de prestation des soins à domicile.

Que le gouvernement fédéral finance la recherche sur de nouvelles technologies et techniques et de nouveaux programmes permettant d'améliorer et d'appuyer les soins à domicile.

Que l'obligation des gouvernements de rendre compte aux Canadiens et aux Canadiennes fasse partie des objectifs d'un régime national de soins à domicile.

Que les comptes rendus concernant le régime canadien de soins à domicile fassent état de l'évaluation des dépenses, des services et des résultats au chapitre des soins à domicile, en fonction d'un ensemble d'objectifs nationaux.

8. Étant donné le manque d'information permettant de déterminer la meilleure façon de dispenser les services à domicile, le CCNTA recommande :

Que les gouvernements fédéral et provinciaux continuent leurs recherches afin de déterminer les mécanismes les plus efficaces et les plus efficaces de prestation des services de soins à domicile.

9. En ce qui a trait aux questions des ressources humaines associées aux soins à domicile, plus particulièrement en ce qui a trait de la formation et de rémunération reflétant les responsabilités assumées par le personnel des soins à domicile, le CCNTA recommande :

Que les gouvernements provinciaux adoptent un ensemble de normes comparables à l'échelle nationale pour la formation et la rémunération des professionnels des soins à domicile.

10. En ce qui a trait à la responsabilité que le gouvernement fédéral de donner l'exemple aux autres juridictions et aux autres employeurs et de démontrer son engagement envers les soins à domicile, le CCNTA recommande :

Que le gouvernement fédéral donne l'exemple en offrant un ensemble complet de services de soins à domicile aux Canadiens et aux Canadiennes qui reçoivent de lui la plupart des soins de santé, comme c'est le cas des Autochtones et des anciens combattants.

11. Pour favoriser l'élaboration de politiques en soins à domicile et leur intégration à l'échelle du pays, le CCNTA recommande :

Qu'une section mettant particulièrement l'accent sur les soins à domicile soit maintenue au sein de Santé Canada afin de garantir une forte présence fédérale dans l'élaboration de la politique relative aux soins à domicile.

2. En ce qui a trait à la nécessité de combler les besoins actuels en soins à domicile et de planifier immédiatement pour les besoins à venir, le CCNTA recommande :
- Que les gouvernements provinciaux, avec l'aide et la collaboration du gouvernement fédéral, évaluent les besoins actuels en matière de soins à domicile afin de pouvoir y répondre adéquatement et qu'ils prennent sans tarder des dispositions pour répondre aux besoins futurs.**

3. En ce qui a trait aux disparités régionales quant aux moyens disponibles et aux tendances démographiques, le CCNTA recommande :
- Que le financement du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux tienne compte des différences démographiques entre provinces dans la demande actuelle et future de services de soins à domicile.**

4. En ce qui a trait au besoin d'assurer aux Canadiens et aux Canadiennes de toutes les provinces un niveau semblable de soins à domicile tout en conservant aux provinces la souplesse nécessaire pour intégrer ces soins à leur réseau de la meilleure façon possible, le CCNTA recommande :

- Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent à la mise au point d'un ensemble d'objectifs nationaux en matière de soins à domicile.**
5. Reconnaissant les inéquités engendrées par des services de santé soumis aux lois du marché et la recherche démontrant que les soins à domicile financés par l'État offrent des économies considérables dans le secteur des soins en établissement, le CCNTA recommande :

Que la gestion publique avec payeur unique soit l'un des objectifs d'un régime national de soins à domicile.

6. Pour faciliter la mobilité des aînés qui souhaiteraient se relocaliser, le CCNTA recommande :

Que la transférabilité des services de soins à domicile soit l'un des objectifs d'un régime national de soins à domicile.

7. Pour répondre à la demande des Canadiens et des Canadiennes d'être informés par leurs gouvernements sur le rendement du régime des soins de santé, le CCNTA recommande :

La position du CCNTA en bref

Il y a déjà plus de dix-huit ans, le Conseil consultatif national sur le troisième âge faisait une première recommandation « que des services de soutien soient mis à la disposition de toutes les collectivités pour que les efforts de la famille et des proches soient appuyés et encouragés par l'entremise de soins de santé à domicile, d'aides familiales, de services de travailleurs sociaux et de conseillers » (*Priorités d'action*, 1981).

Au cours des ans, d'autres documents de principe, dont *La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aînés* (1990), *La position du CCNTA sur l'aide informelle* (1990), *La position du CCNTA sur les services de santé communautaire destinés aux aînés-e-s : progrès et défis* (1996) et *La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé* (1997), réitérèrent l'importance d'organiser et de financer cet aspect précis des soins de santé en prévision du vieillissement de la population canadienne. Ces recommandations conservent toute leur pertinence aujourd'hui, alors que l'urgence de coordonner et d'implanter des programmes de soins à domicile se fait de plus en plus sentir.

En choisissant les soins à domicile comme sujet de ce 20^e document de principe du CCNTA, en ce 20^e anniversaire de la Fondation du Conseil, nous souhaitons rappeler et réitérer l'importance de faire avancer ce dossier si on veut que le Canada puisse répondre avec succès au défi que représente le changement démographique à l'horizon.

La préparation de ce document a exigé l'examen des recherches, des conférences, des mémoires et des recommandations de diverses autres organisations bénévoles et universitaires, de fournisseurs de soins et de groupes d'aînés. Bien qu'il ait constaté certains progrès vers l'objectif des soins à domicile universels, le CCNTA conclut que le sujet doit à tout prix demeurer à l'avant-plan des discussions sur la revitalisation du système de santé. Les gouvernements doivent agir sans tarder.

1. *En ce qui a trait à l'intégration des soins à domicile dans le système de soins de santé public, le CCNTA réitère la recommandation, émise en 1997 dans La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé :*

Que les soins à domicile fassent partie intégrante des services de santé financés par le secteur public.

Valeurs du CCNTA

Le CCNTA croit que :

- La société doit reconnaître les mêmes droits, devoirs et privilèges à tous, peu importe leur âge.
- Les aînés ont droit à l'autonomie tout en bénéficiant de l'interdépendance; ils ont droit de prendre leurs propres décisions, y compris de « vivre à risque ».
- Les aînés doivent participer à l'élaboration des politiques et des programmes. Ces politiques et programmes doivent tenir compte de l'hétérogénéité et de la diversité culturelle chez les aînés.
- Les aînés doivent pouvoir compter dans toutes les régions du pays sur une protection de revenu adéquate, sur un accès universel aux soins de santé et sur la présence d'une gamme de programmes et de services capables de soutenir leur autonomie.

Qu'est-ce que le Conseil consultatif national sur le troisième âge?

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a été créé par décret le 1^{er} mai 1980, afin d'aider le ministre de la Santé et de le conseiller sur les questions du vieillissement de la population canadienne et de la qualité de vie des aînés. Le Conseil étudie les besoins et les problèmes des aînés, recommande des mesures correctives, assure la liaison avec les autres groupes intéressés au vieillissement, favorise les discussions avec le grand public, publie et diffuse de l'information sur le vieillissement.

Le Conseil est composé d'au plus dix-huit membres provenant de toutes les régions du Canada. Les membres sont choisis en raison de leur intérêt et de leur expertise dans le domaine du vieillissement. Ils font bénéficier le Conseil de leur expérience, de leurs préoccupations et de leurs compétences.

Membres du Conseil consultatif national sur le troisième âge (mars 2000)

Présidente

Patricia Raymaker

Membres

Bubs Coleman

Mary Cooley

Jean Claude Duclos

Michael Gordon

Don Holloway

Eileen Malone

Gérald Poulin

Ruth Schiller

Yvette Sentenne

Anne Skuba

Joyce Thompson

Saskatoon, Saskatchewan

Halifax, Nouvelle-Ecosse

Montréal, Québec

Toronto, Ontario

Marystown, Terre-Neuve

Fredericton, Nouveau-Brunswick

Orléans, Ontario

Osoyoos, Colombie-Britannique

Montréal, Québec

Winnipeg, Manitoba

Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

On peut obtenir des renseignements sur ce document auprès du :

Conseil consultatif national sur le troisième âge
Immeuble Jeanne-Mance, 8^e étage
Indice de l'adresse : 1908A1
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Tél. : (613) 957-1968
Télec. : (613) 957-9938

Courriel : seniors@hc-sc.gc.ca

Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines>

Cette publication est aussi disponible, sur demande, en formats substitués. On peut aussi la consulter sur Internet à l'adresse donnée plus haut.

Patricia Raymaker
Présidente
Nancy Garrard
Directrice

Division du vieillissement et des aînés

La Division du vieillissement et des aînés, Santé Canada, fournit un appui fonctionnel au Conseil consultatif national sur le troisième âge.

LA POSITION DU CCNTA SUR... est une série de documents présentant les opinions et les recommandations du Conseil relativement aux besoins et aux préoccupations des aînés, ainsi qu'aux questions liées au vieillissement de la population. (Les positions du CCNTA sont disponibles sur le site Internet.)

1^{re} impression, 2000

©Ministre des Travaux Publics et Services Gouvernementaux Canada 2000
N° de cat. : H71-2/2-20-2000
ISBN : 0-662-64929-X

La position du CCNTA sur les soins à domicile



Cette position a été adoptée à l'unanimité par
les membres du CCNTA
le 30 mars 2000
suite à la 58^e réunion du Conseil

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

La position du CCNTA

sur les soins à domicile

N° 20



Conseil consultatif national
sur le troisième âge